

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N^o 541

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'ABCÈS PELVIEN

Au Cours de l'Appendicite aiguë

PAR

E. JAY

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Moniteur d'Accouchement et de Gynécologie à la Clinique Tarnier

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

Président : Monsieur le Professeur LECÈNE

IMPRIMERIE DES FACULTES

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, PARIS (VI^e Arr.)

1921

541

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'ABCÈS PELVIEN

Au Cours de l'Appendicite aiguë

PAR



E. JAY

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Moniteur d'Accouchement et de Gynécologie à la Clinique Tarnier

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

Président : Monsieur le Professeur LECÈNE

IMPRIMERIE DES FACULTES

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, PARIS (VI^e Arr.)

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. ROGER
Professeurs		MM.
Anatomie.....2.....		NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....		CUNEO
Physiologie.....		Charles RICHET
Physique médicale.....		André BROCA
Chimie organique et chimie générale.....		DESGREZ
Bactériologie.....		BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....		Marcel LABBE
Pathologie médicale.....		RENON
Pathologie chirurgicale.....		LECENE
Anatomie pathologique.....		LETULLE
Histologie.....		PRENANT
Opérations et appareils.....		DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		CARNOT
Hygiène.....		BERNARD
Médecine légale.....		BALTHASARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER
Clinique médicale.....		ACHARD
		WIDAL
		GILBERT
		CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.....		MARFAN
Clinique des maladies des enfants.....		NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		DUPR.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.....		Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses.....		TEISSIER
		DELBET
Clinique chirurgicale.....		LEJARS
		HARTMANN
		GOSSET
Clinique ophtalmologique.....		DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LEGUEU
		BAR
Clinique d'accouchements.....		COUVELAIRE
		RRINDEAU
Clinique gynécologique.....		J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantine.....		Auguste BROCA
Clinique thérapeutique.....		VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.....		SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FIESSINGER	LARDENOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	REITTERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BHANCA	GUENIOT	LEREBoullet	ROUSSY
OAMUS	GUILLAIN	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TERRIEF
CLERC	LABBÉ Renri	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	VILLARET
DESMAREST	TINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

*En témoignage de ma
profonde affection.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LECÈNE

Professeur de Pathologie Chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

A qui nous adressons l'hommage
de nos remerciements pour
l'honneur qu'il nous fait en pré-
sident notre thèse.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Il est depuis longtemps acquis que l'appendicite peut soit se manifester sous forme pelvienne, soit s'accompagner, à titre de complications, de collections supposées pelviennes.

L'appendicite à forme pelvienne proprement dite due à une situation anormale de l'appendice est bien connue et nous ne la décrivons pas longuement.

Au contraire, les collections pelviennes qui viennent compliquer une appendicite primitivement de siège normal peuvent se présenter sous différents aspects et dans différentes conditions.

Il peut s'agir d'une appendicite dont l'évolution sourde n'est révélée au chirurgien que lors de la constitution d'un abcès du cul de sac vésico rectal, il peut aussi s'agir d'une appendicite à début franc au cours de laquelle s'installe un abcès du cul de sac de Douglas qui se trouvera contemporain de l'intervention opératoire.

Mais cet abcès pelvien peut aussi survenir plusieurs jours après l'appendicectomie faite à chaud chez des sujets ayant eu une appendicite à forme sévère. Cette complication, qui n'est pas extrêmement rare, revêt une allure assez particulière qui permet de la dépister assez facilement ; par une intervention très simple on peut faire disparaître les risques sérieux qu'elle fait courir au malade.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre ; leur fréquence paraît d'ailleurs devoir augmenter aujourd'hui que tout le monde est à peu près d'accord sur la nécessité de l'intervention très précoce

dans l'appendicite, aiguë et sur le conseil de M. le Professeur Lecène que nous remercions de nous avoir indiqué le sujet de cette thèse, nous avons recherché dans la littérature de l'appendicite les observations analogues.

S'il existe un grand nombre de travaux sur les formes pelviennes de l'appendicite, sur les abcès pelviens survenant au cours de cette affection, les auteurs semblent au contraire s'être désintéressés de l'abcès du cul de sac de Douglas, au cours de l'appendicite aiguë de siège normal. On le voit cité incidemment et brièvement dans quelques travaux, ceux de Rotter de Bérard et Patel, de Lockwood. Les thèses importantes de Esnault, Chevalier, Dormoy, Sénéchal ne traitent pas la question.

Le très récent traité de MM. Bérard et Vignaud sur l'appendicite y fait allusion dans les termes suivants : « d'autres fois, au contraire, après une intervention abdominale suivie de résection de l'appendicite, on verra dans les jours qui suivent l'appendicectomie se colleter une poche pelvienne qui évoluera presque pour son propre compte ». Aucun autre détail n'y est donné sur le sujet.

C'est Grey Turner qui a le mieux étudié la question dans un bon article paru en 1906 dans « The Practitioner ».

Il y a classé les divers abcès pelviens et paraît, dans la forme qui nous occupe, avoir exactement observé les conditions d'apparition, l'évolution et le traitement de l'abcès pelvien secondaire à l'appendicectomie.

Dans ce travail après avoir limité notre sujet et décrit l'aspect clinique de l'abcès pelvien, postopératoire nous essaierons d'en donner l'explication puis dans un dernier chapitre nous envisagerons son traitement.

CHAPITRE PREMIER

TABLEAU-CLINIQUE DE L'ABCÈS PELVIEN

Ce ne sont pas les appendicites bénignes qui se compliquent d'abcès pelviens ou autres. De telles appendicites lèsent au minimum le péritoine, elles n'ont aucune tendance extensive. Ce sont au contraire les cas graves, avec péritonite qui volontiers donneront naissance, à une collection dans un repli du péritoine, dans les parties déchives du bassin par exemple.

Les appendicites graves avec abcès peuvent d'après Turner en engendrer de trois types.

a). Primaires : lorsque l'appendice est situé dans le bassin et qu'un abcès se forme autour de lui.

b). Secondaires : Lorsqu'un abcès pelvien forme comme une extension d'un abcès de la fosse iliaque droite.

c) Résiduels : ils peuvent être le résultat d'une fixation de l'exsudat péritonéal septique dans les cas heureux de péritonite généralisée septique, ils peuvent être aussi le résultat d'une suppuration pelvienne venant après les opérations pour appendicite.

C'est précisément ce dernier type que nous envisageons ici, cette seconde variété d'abcès résiduels.

Turner le subdivise à son tour en deux parties : « elle survient, écrit-il, après les opérations pour appendicite aiguë ou les abcès de la fosse iliaque droite ».

On retrouve dans nos observations ces deux origines.

Nous pouvons maintenant exposer sous quel aspect clinique se présente l'abcès résiduel.

Il s'agira donc d'un sujet atteint d'appendicite grave, chez lequel on n'est pas intervenu et qu'on traite par refroidissement ou bien chez lequel on aura pratiqué l'appendicectomie à chaud. L'intervention aura montré souvent un appendice perforé, point de départ d'une péritonite diffuse.

Il pourra s'agir encore d'un malade porteur d'un abcès de la fosse iliaque, auquel on aura ouvert son abcès et réséqué l'appendice (obs. XXI et XXII).

Après l'intervention, le mieux se manifeste, la température retombe quelquefois à la normale, quelquefois incomplètement. Le pouls redevient bon le cours des matières se rétablit, la langue se nettoie, en un mot le malade paraît en excellente voie de guérison.

Après un temps variable dont la durée moyenne est évaluée à 11 jours par Turner, avec des exemples d'intervalles plus courts (5 jours) ou plus longs (18 jours) des modifications se produisent dans l'état général du malade, la température remonte, parfois le facies s'altère, le pouls redevient rapide, et naturellement l'attention du chirurgien est attirée vers l'abdomen. D'ailleurs le cours des matières s'est interrompu à nouveau, l'émission des gaz est douloureuse, il y a du ténesme ; il est fréquent d'observer à ce moment de la rectite glaireuse avec émission de paquets de glaires. L'examen de l'abdomen le montre ballonné, douloureux, la région hypogastrique est mate la vessie est pleine de liquide, le malade n'urine plus ou urine peu et la miction

est douloureuse quelquefois le tableau devient celui d'une occlusion intestinale subaiguë. Si le chirurgien pratique alors le toucher rectal, (ce qu'il faut toujours faire dans ces cas), il découvre, au-dessus de la prostate chez l'homme dans le cul de sac de Douglas une collection qui bombe sous forme d'une tumeur arrondie, molle, douloureuse au toucher. Il s'agit d'un abcès pelvien résiduel.

Si le toucher rectal est négligé, les phénomènes généraux s'accusent et si tout se passe bien, il sort d'abord par l'anus du mucus puis l'abcès perfore le rectum et s'évacue spontanément. Mais le pus peut aussi fuser vers le haut entre les anses intestinales agglutinées et devenir aussi la cause d'une péritonite généralisée mortelle. Chez la femme qui n'est plus vierge le toucher vaginal peut aussi permettre de reconnaître l'abcès pelvien.

Si l'abcès étant reconnu on l'ouvre immédiatement tout s'amende, la fièvre tombe, les phénomènes d'occlusion disparaissent et la guérison est la règle.

Le tableau clinique n'est pas toujours aussi complet mais on attachera la plus grande importance aux *troubles urinaires*, aux épreintes qui traduisent l'inflammation du péritoine pelvien, à la réascension de la température, aussi qu'à la *rectite glaireuse*.

Cette complication sans être extrêmement fréquente n'est pas d'une absolue rareté. Turner l'a notée fois sur 500 appendices aiguës opérées soit dans plus de deux cent des cas. Elle risque donc dans un service de chirurgie un peu actif de se présenter plusieurs fois dans une même année.

CHAPITRE II

TRAITEMENT

Le traitement de cette complication est extrêmement simple. L'ouverture spontanée quand elle se produit se fait dans le rectum et aboutit à la guérison. C'est par là qu'on abordera l'abcès pelvien. Cette voie nous paraît présenter de nombreux avantages.

Elle constitue un accès facile, la pose d'une valve n'est même pas absolument nécessaire, le doigt peut servir de guide à l'instrument.

Elle ne risque pas comme la voie abdominale de disséminer l'infection, le processus de défense spontané du péritoine est respecté.

Elle assure un bon drainage, l'ouverture étant au point déclive.

Elle n'expose guère aux complications l'hémorragie rectale, qui a été signalée, est bénigne si non insignifiante.

Nous croyons inutile de fixer à l'exemple de Bérard (obs. III) la partie inférieure de la plaie rectale à l'anus, une telle pratique ne sert à rien et n'est peut-être pas exempte de dangers.

En outre, de la voie rectale, on pourra utiliser, chez la femme, la voie transvaginale et évacuer l'abcès par une colpotomie postérieure. C'est également un bon procédé ;

néanmoins il n'a pas tout à fait les mêmes avantages que la voie rectale, car le drainage n'est pas aussi déclive.

Dans l'un et l'autre cas on pourra drainer, le drain restera en place deux ou trois jours et s'éliminera de lui-même, on peut pratiquer des lavages rectaux (M. Chifoliau, obs. IV). Tout cela n'est pas en général absolument nécessaire. Il faut citer le procédé que nous voyons employer dans notre observation XII par le docteur Pierre Duval.

Lorsque la plaie opératoire n'est pas fermée, on pourra écarter prudemment les anses intestinales et évacuer ainsi le pus collecté dans le Douglas que l'on repoussera avec le doigt de l'autre main introduit dans le rectum.

Nous préférons les voies rectale ou vaginale car nous pensons qu'il y a moins de risques d'infecter le péritoine sain et que le drainage se fait mieux.

Nous déconseillons d'employer et nous ne citons ici que pour mémoire les voies d'accès périnéale ou sacrée. Elles n'offrent aucun avantage et constituent surtout la dernière, une intervention considérable, tout à fait excessive pour le traitement d'un abcès que le doigt introduit dans le rectum suffit parfois seul à ouvrir.

CHAPITRE III

CAUSES DE L'ABCÈS PELVIEN

Turner explique de deux façons la formation de l'abcès pelvien résiduel.

Il en voit une cause dans la suppuration tardive de l'exsudat séreux que l'on rencontre souvent, dans le bassin au cours des cas aigus.

Il en voit une autre dans l'extension du foyer septique souvent remarquée dès la première intervention, lorsque par exemple on voit de la lymphe et un peu de pus sur l'intestin grêle contenu dans le bassin.

Il nous paraît vraisemblable qu'après une intervention pour appendicite avec péritonite généralisée une goutte de pus puisse rester au point déclive où l'accès lui est d'ailleurs favorisé par la position assise qu'on donne volontiers aux opérés.

Dans d'autres cas lorsque l'intervention n'a pas montré de péritonite généralisée, il est vraisemblable d'admettre qu'en réalité l'infection péritonéale est beaucoup plus avancée qu'elle ne le semble et surtout beaucoup plus étendue.

Y a-t-il des indications pratiques à tirer de ces pathogénies ?

Faut-il mieux drainer systématiquement le cul de sac

de Douglas, même s'il est en apparence sain lors de l'intervention ? Nous ne le pensons pas, et nous verrions plutôt là un risque d'extension.

Nous ne considérons pas d'ailleurs l'abcès pelvien résiduel comme une complication très grave si on sait le dépister et le traiter. Il constitue plutôt une sorte d'abcès de fixation péritonéal, ou dans d'autres cas, un drainage naturel et le chirurgien qui place son malade en position de Fowler sait qu'il recherche ainsi le drainage du péritoine et la localisation pelvienne d'une infection qui serait mortelle si elle restait générale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle, inédite)

Appendicite aiguë. Laparotomie : péritonite généralisée. Ablation de l'appendice perforé. Amélioration. Réapparition de la température élevée 4 jours plus tard. Evacuation spontanée d'un abcès du Douglas neuf jours après l'intervention. Guérison.

Mlle P... Maria 20 ans dentiste entre le 7 mai 1914 à l'hôpital Lariboisière salle Gosselin dans le service du Dr Beurnier pour appendicite aiguë.

Antécédents. — Depuis 4 ans la malade souffrait parfois du côté droit (petites crises douloureuses n'obligeant pas à prendre le lit). Pas de passé d'entéritique ni constipation, ni diarrhée, ni selles glaireuses.

Début dans la nuit du 4 au 5 mai, quelques douleurs de ventre dans l'après midi, plus marquées le soir. La malade mangea peu se coucha et s'endormit. Vers minuit réveil par vomissements d'abord alimentaires puis bilieux qui se sont continués jusqu'au matin. Etat stationnaire du côté du ventre, douleur en urinant.

Le matin cessation des vomissements et accroissements de la douleur abdominale (dans tout le ventre). Le médecin appelé constate un ventre douloureux partout. Prescrit la glace sur le ventre, pilules d'extrait thébaïque, diète hydrique.

Le lendemain (6 mai) douleurs plus marquées à droite, pas de selle. Appel du chirurgien (Dr Chifoliau) le jeudi 7. L'état de la malade s'étant aggravé (douleurs plus vives).

Examen le 7 à 5 h. du soir par le Dr Chifoliau. Facies altéré, yeux cernés, teint grisâtre, ventre ballonné, douloureux malgré la glace défense de la paroi surtout à droite. Toucher rectal négatif.

Pouls à 120 d'assez bonne qualité.

Température 39°2.

On décide le transport d'urgence à l'hôpital Lariboisière. (Service du Dr Beurnier).

Opération à 10 heures du soir. Anesthésie à l'éther. Péritonite généralisée, fausses membranes.

Appendice rouge descendant vers le bassin, à son extrémité calcul stercoral et perforation.

Ablation de l'appendice, deux drains, deux mèches.

Sérum intrarectal au goutte à goutte et sous-cutané. Position, demi assise.

Suites opératoires normales ; cependant la température reste aux environs de 38°.

Le 11 mai elle remonte à 39°, la malade se sent plus mal.

Dans la nuit du 15 au 16, le 9^e jour après l'intervention, évacuation spontanée d'une grande quantité de pus fétide par l'anus. Le matin chute de la température à 37°2 ; grande amélioration générale.

Le 24 nouvelle élévation de la température qui disparaît rapidement sans localisation nouvelle.

Sort guérie le 7 juin.

OBSERVATION II

TURNER (*The Practitioner*, 1906, p. 208)

Ablation d'un appendice perforé. Laparotomie 7 jours plus tard pour obstruction intestinale. 18 jours après la première intestinale phénomènes généraux ; température ; formation d'un abcès pelvien haut situé ouvert spontanément dans le rectum les jours suivants . Guérison.

Un garçon de 10 ans est opéré 12 heures après la perforation de l'appendice, et 48 heures après le premier symptôme de maladie abdominale.

L'appendice était dans le pelvis ; il était gangrené et perforé. Il y avait du liquide purulent tout autour, et les anses voisines étaient couvertes d'exsudat. L'auteur épongea le liquide et fit pénétrer soigneusement la gaze et le drain dans le pelvis. Néanmoins on discute la possibilité de formation d'un abcès pelvien ou d'une obstruction intestinale. Exactement une semaine après l'opération l'auteur fut obligé de réouvrir l'abdomen à cause d'une obstruction aiguë, plusieurs anses intestinales étant devnues adhérentes dans le pelvis. Le malade se tira de cette opération aussi bien qu'avant. Mais après 11 jours l'état s'aggrava. Il avait des coliques abdominales, la $T = 37^{\circ}7$. $P = 110$. L'incision médiane quoique guérie était un peu rouge, et juste au dessous d'elle on sentait une masse arrondie douloureuse, au dessus de laquelle on voyait l'intestin se contracter. On n'atteignait pas cette masse par rectum. Durant les 4 jours suivants l'abcès s'élevait graduellement vers le rectum où il s'ouvrit. Tous les symptômes s'améliorèrent immédiatement.

OBSERVATION III

(M. BERARD — *in* BERARD et PATEL)

Revue du gynécol. et de Chir. abdominale 1903

Appendicite perforante. Laparotomie iliaque résection de l'appendice. Laparotomie rectale ; drainage dix jours après, pour abcès pelvien. Guérison.

Il s'agit d'un jeune garçon de 17 ans, maçon entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, le 17 septembre 1901, pour une crise d'appendicite aiguë datant de quatre jours.

Brusquement, en pleine santé, il avait ressenti de violentes

douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, et pendant trois jours avait souffert sans rémission, et pourtant sans nausées ni vomissements.

A l'examen, je trouvai un plastron empâté et douloureux dans la fosse iliaque droite, sans symptômes de péritonite diffuse. La paroi abdominale et le diaphragme avaient conservé leurs mouvements dans la respiration. La température ($38^{\circ}7$) semblait en accord avec le pouls (120).

Rien au toucher rectal.

Le facies était bon, je crus pouvoir temporiser. Pourtant je demandai à l'interne du service de me prévenir à la moindre alerte.

Dans l'après-midi du même jour, ascension du thermomètre à $39^{\circ}7$, accélération du pouls à 140, douleurs irradiées à tout l'abdomen, facies altéré, diaphragme fixé, ballonnement diffus.

J'interviens alors par la laparotomie iliaque.

A l'incision du péritoine pariétal qui est très épais, il s'écoule quelques gouttes de sérosité ; puis apparaît le cœcum, congestionné, tapissé d'exsudats fibrineux ; et, en arrière de lui je trouve l'appendice du volume du petit doigt qui vient de s'ulcérer près de sa base et qui a encore un calcul stercoral engagé dans l'orifice de la perforation. Cet appendice baigne dans un liquide séro-purulent, fétide, sans adhérences protectrices du grand péritoine. Les anses intestinales visibles sont livides et dépolies. Après la résection de l'appendice, je fais un large drainage à la gaze, sans suture de la paroi.

Dès le lendemain, les phénomènes les plus inquiétants rétro-cèdent, bien que la température se maintienne entre 38° et $38^{\circ}6$ pendant trois jours. On continue les injections et les lavements de sérum qui ne provoquent aucune selle. Au bout de six jours, l'abdomen se ballonne à nouveau, le thermomètre remonte à $38^{\circ}8$, la langue devient sèche, la peau terreuse. Le malade accuse des douleurs de plus en plus vives dans le bassin avec des épreintes rectales.

Le toucher révèle alors dans le cul-de-sac de Douglas une

grande collection bombant fortement, qui est incisée par le rectum dix jours après la première opération.

L'incision, faite au ciseau, après dilatation moyenne de l'anus, donne écoulement à un litre environ de pus très fétide. Pas d'hémorragie notable. Un gros drain est introduit par le rectum dans la cavité de l'abcès pelvien ; en arrière de ce drain, la paroi rectale antérolatérale est abaissée jusqu'à l'anus où on la suture.

Cette suture cède au septième jour, sauf en un point que l'on enlève alors. Le drain rectal est retiré au bout d'un mois.

Le 31 octobre, le malade quitte l'hôpital. Il est resté guéri depuis.

OBSERVATION IV

(M. CHIFOLIAU inédite)

Appendice aiguë. Laparotomie : péritonite généralisée. Ablation de l'appendice perforé. Amélioration rapide. Température et pouls normaux 5 jours après l'intervention. 17 jours après celle-ci abcès de Douglas ouvert et drainé par la voie rectale. Guérison.

M^{lle} Eugénie B..., 13 ans, entre rue Henner pour une appendicite aiguë le 29 juillet 1912.

Le début de la maladie remonte à la nuit du 23 au 24 juillet (mardi au mercredi). Deux jours auparavant, pendant son congé du dimanche avait mangé des groseilles vertes.

La maladie débute par de vives douleurs dans le ventre, de la diarrhée et des vomissements. Purgation le 24 juillet.

Vue par un médecin qui fit administrer à plusieurs reprises des lavements huileux qui restèrent inefficaces.

J'examine la malade le 29 juillet (lundi) 6 jours pleins après le début.

Le pouls est à 116 mou et dépressible, régulier.

La température rectale à 37°7.

Le facies est franchement péritonéal.

Le ventre est très ballonné, douleur surtout à droite au point de Mac Burney, mais douloureux aussi à gauche et à l'épigastre. Pas de gaz par l'anus depuis le déput.

Au toucher rectal je ne sens pas de collection pelvienne. Il n'y a plus de vomissements.

J'opère le même jour le 29 juillet à 8 heures du soir sous l'éther.

Incision sur le bord externe du droit le cœcum fait hernie, au-dessus et en arrière de lui, nappe de pus fœtide.

Intestin grêle rouge parsemé de fausses membranes l'appendice descendant, gros, caché sous de fausses membranes est attiré péniblement, il est perforé au niveau de sa base. Les tentatives d'extraction amènent sa déchirure complète.

Le moignon sphacélé est lié en même temps que le méso et cautérisé au thermo.

Deux gros drains entourés de mèches, plaie largement ouverte, durée de l'opération 25 minutes tout compris.

La malade est placée dans la position demi-assise, la tête du lit surélevée.

Sérum intrarectal continu au goutte à goutte.

Sérum sous la peau. Glace sur le ventre. Huile camphrée.

La température pendant les premiers jours reste élevée au voisinage de 39°, le pouls 120. Pansements quotidiens avec aspiration.

2 août. — Ablation d'un drain.

3 août. — Ablation des mèches. Ventre moins ballonné, pouls 72.

Température 37-4. Selle.

Tout semblait en bonne voie. Les drains supprimés et la plaie seulement tamponnée légèrement lorsque le 15 août la température s'élève de nouveau à 38°5, l'intestin fonctionne mal, les lavements sont mal supportés, douloureux et n'amènent pas d'expulsions de matières.

Le toucher rectal permet de sentir très haut une induration douloureuse.

Le 16 août sous anesthésie incision rectale, issue d'un verre

de pus fétide. Mise en place d'un drain. La température tombe. Le drain est expulsé au bout de 48 heures. Grands lavages rectaux à la sonde à double courant.

La petite malade rentre chez elle le 12 septembre. J'ai revu la malade en octobre. Plaie cicatrisée. Cicatrice solide.

Etat général bon, la malade a engraisié.

OBSERVATION V

(TURNER. The Practitioner 1906)

Appendicite aiguë. Laparotomie. Péritonite. Ablation de l'appendicite. Absès pelvien 12 jours après l'intervention. Incision par le rectum. Guérison.

Un jeune homme de 27 ans est opéré à la fin de la 3^e journée d'une attaque d'appendicite aiguë. L'appendice était dans le sillon sur le côté externe du cœcum ; il y avait très peu de pus, mais beaucoup d'œdème et de sérosité. Il y avait du liquide clair mais non purulent dans le pelvis. L'appendice fut enlevé et la région drainée avec de la gaze. Après l'opération l'état du malade ne fut jamais complètement satisfaisant. Il était déprimé, avait la langue chargée et ne pouvait pas dormir. Vers le 12 jour il se plaignit de borborygmes, de douleurs intestinales. Dans la matinée du 14^e jour les symptômes étaient ceux d'une obstruction intestinale subaiguë, mais l'intestin se vide après de l'huile de ricin. On découvrit une masse mal définie dans le bas ventre, et par le rectum on senti un gonflement sensible et fluctuant un peu plus haut que d'habitude. Cette masse fut ponctionnée dans le rectum sous anesthésie et donna issue à 1 pinte et demie de pus très fétide. Après le malade s'améliora immédiatement et plus complètement. Il est intéressant à noter que malgré tout ce fut dans l'abdomen la T° ne monta jamais au dessus de 37°7 et le jour de l'ouverture de l'abcès n'atteignait que 36°4. De même le pouls variait entre 76 et 80.

OBSERVATION VI

(Dr Pierre DUVAL, inédite)

Abcès appendiculaire. Incision. Ablation de l'appendice. Drainage. Chute de la température. Abcès pelvien 11 jours plus tard. Evacué par la plaie opératoire à l'aide du doigt introduit dans le rectum Guérison.

Le nommé L... Georges est admis à la maison municipale de santé Monod lit N° 9 dans le service du Dr Pierre Duval pour une appendice qui a débuté dans la nuit du 5 au 6 mars 1914.

Le malade n'a jamais eu antérieurement de crises appendiculaires.

Il a été pris dans la nuit du 5 au 6 mars de douleurs abdominales atroces, marquées surtout à droite, et accompagnées de vomissements et de diarrhée.

A son entrée à la maison de Santé il présente de la douleur dans la fosse iliaque droite et une hyperesthésie cutanée de point de Marc Burney. Il existe de l'empâtement de la fosse iliaque.

La diarrhée persiste.

Opération le 16 mars, ouverture d'un gros abcès appendiculaire d'où s'échappent environ un demi-litre de pus. Ablation de l'appendice. Drains.

Suites normales. Chute de la température.

Le 27 mars, 11 jours après la première intervention la température remonte. Le 29, M. Pierre Duval pratique le toucher rectal qui révèle la présence d'une collection de cul de sac de Douglas. La plaie opératoire n'étant pas fermée M. Duval introduit un doigt dans la plaie, le pus poussé par le doigt rectal s'évacue assez aisément et en abondance par la plaie opératoire. Suites bonnes.

Le malade sort guéri le 30 avril. 1914.

CONCLUSIONS

1° Il survient assez fréquemment au cours de l'appendicite aiguë, aussi bien qu'après appendicectomie pour appendicite aiguë avec grosse réaction péritonéale des abcès pelviens dans le cul de sac de Douglas.

2° Ces abcès pelviens se forment plusieurs jours après l'intervention, dix à douze jours en moyenne.

3° Leur apparition est annoncée par la reprise des phénomènes généraux, en particulier de la fièvre et s'accompagne de dysurie, de difficulté de la défécation et souvent aussi de rectite glaireuse.

4° Le toucher rectal les révèle et doit être pratiqué chaque fois qu'un malade soigné par le refroidissement ou bien opéré d'appendicite aiguë présente à nouveau une élévation de température et que son état général s'altère.

5° Ils sont susceptibles de s'ouvrir spontanément dans le rectum et de guérir ainsi.

6° Néanmoins leur traitement de choc est l'incision rectale suivie ou non de drainage.

BIBLIOGRAPHIE

- BARNARD. — Pelvic. abcess. *Clinical Journal*, 1903.
- BARLING. — Atypical appendicite. *Birmingh. Méd. Rev.*, 1904.
- BATUT. — Fistules consécutives à l'opération de l'appendicite.
Th. Montpellier, 1912, n° 85.
- BATTLE. — *The practitioner*, 1907.
- BERARD et PATEL. — *Revue de gynécol. et de chirurg. abdomi-
nate*, 1903.
- BERARD et PATEL. — L'appendicite, 1914, Paris.
- BERNARD. — *Clinical Journal*, 1903.
- BROCA. — *Bulletin Médical*, 1901.
- CHEVALIER. — Th. Paris.
- DENK. — Resultate von 601 Appendizites operationen. *Beitr.
Z. Klin chir.* Tübingen, 1913, p. 481.
- DELBET. — L'intervention dans l'appendicite. *La Clinique*, 1912.
— Suppurations pelviennes, Paris, 1896.
- DORMOY. — Th. Lyon, 1897.
- ESNAULT. — Th. de Paris.
- HARWELL. — Treatmen of spreading peritonitis alfer appendi-
citis. *Méd. Surg. Presb. hosp. N.-Y.*, 1912, p. 473.
- HERZOG. — *Deutsche chirurgie*, vol. 46.
- HUG. — 100 fälle v. blinddarmentzündung. Erlangen. 25 p.
- HUGHES. — 2 cases of gangrenous appendicitis. *Brit. méd
journ.*, London, 1913.
- IVENS. — Four cases of pelvic abcess secondary to appendi-
citis. *The journ. of obstetrick and Gynecology*. Lon-
don, 1912.
- JACOBSON. — Opérations of surgery.
- KOCH. — *Munch. Méd. Woch.* 1889.
- KROPEIT. — *Zentralblatt. f. d. Krankheinten der Harn et sexua-
lorgane*, vol. XVII.

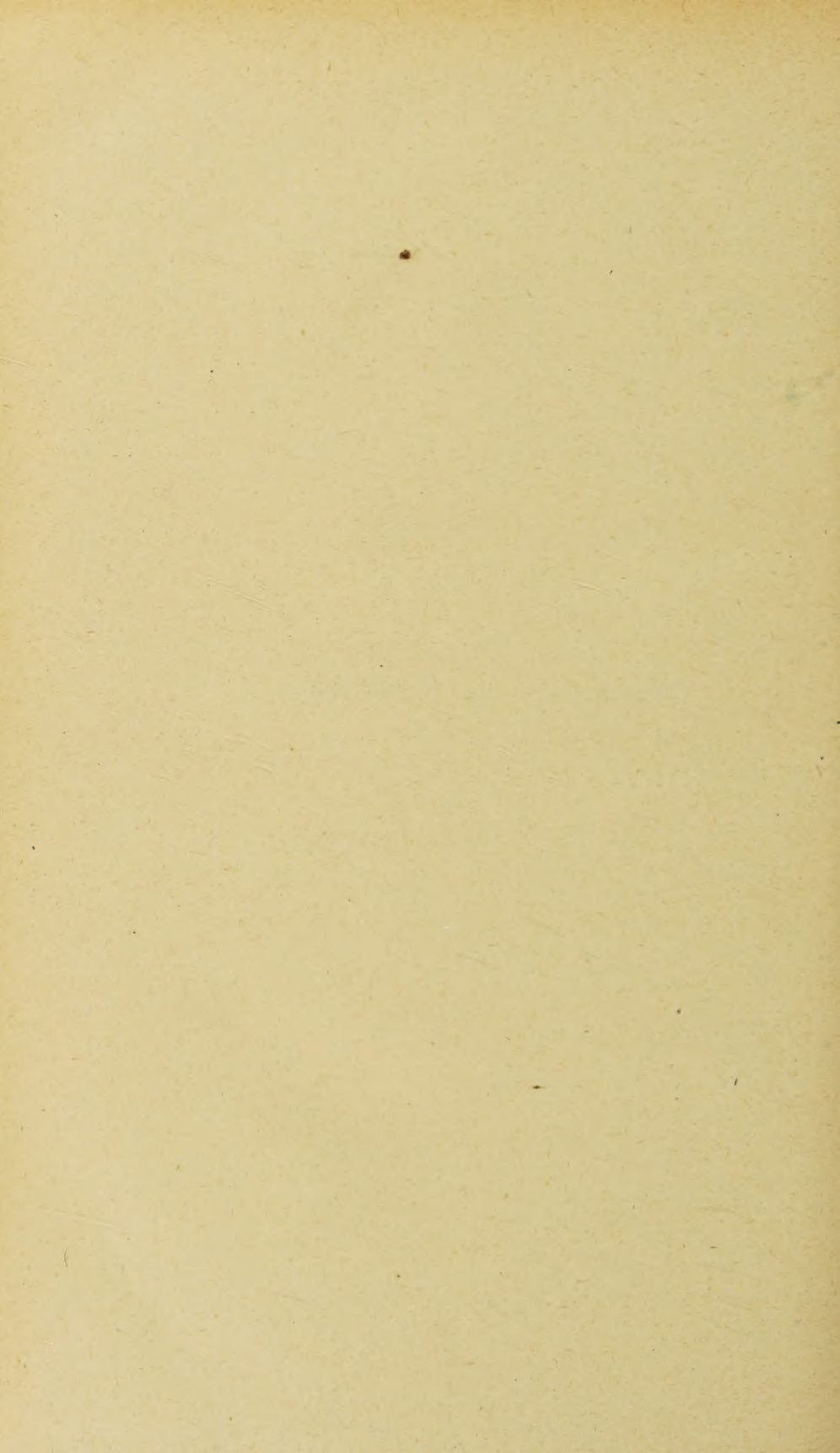
- VON KLANTZ. — Anurie bei douglasabcesse. *Win klin. Woch.* 1907.
- LOCKWOOD. — Appendicitis, 1906.
- MAURIN. — Th. Paris, 1890.
- MILKO. — Ub. Douglabc. bei appendicitis. Budapesti. Orvasi. reisal, 1907.
- MORIAN. — *Uber d. Douglaseiterungen. Munch. méd. Woch.* 1906.
- NETZEL. — Brun's beitrage *Z. Klin. chir.* XLVII.
- NOON. — A further series of cases of général peritonitis after appendicitis St-Barth. hosp. Rep., Lond., 1913.
- PENDL. — Zur therapie der épityphlitischen. Douglaseiterungen. *Wiener, klin, Woch.*, 1902.
- PORT. — Die erofung perityphlitischer. Douglaseiterungen. *Munch. Méd. Woch.*, 1901.
- RANSFORD. — *Brit. méd. JoJurn.*, 1904, p. 1077.
- ROCHER. — *Archives gén. de médecine*, 1906.
- ROTTER. — Z. path. und therap. d. Douglasseiterung bei perityphlitis, *Deuts. méd. Woch.*, 1900, n° 39.
- *Arch. f. klin. chir.*, 1901.
- ROUTIER. — *Bulletin médical*, 1912.
- RUTHERFORD MORISON. — Abcess in connection with the vermiform appendix. *Lancet*, 1901.
- • Appendicitis North. et Durham méd., Journ., 1904.
- SAINT-JOHN. — Appendicular abcess. The Practitioner. London, 1912.
- SONNENBURG. — *Archv. f. klin. chirurgie*. Bd. LIL.
- SURNER. — Some Surgical aspects of appendicitis. North Durham, *méd. Jour.*, 1903.
- Some aspects of pelvic appendicitis. The Practitioner, 1906.
- Abcess in connection with vermiform appendix., *Lancet*, 1901, p. 23.
- *Brit. méd. Journ.* 20, 1904.
- WILLIAM. — 1411 opérations v. Appendicitis. M. S. Rep. Presb Hosp., 1912, p. 445.

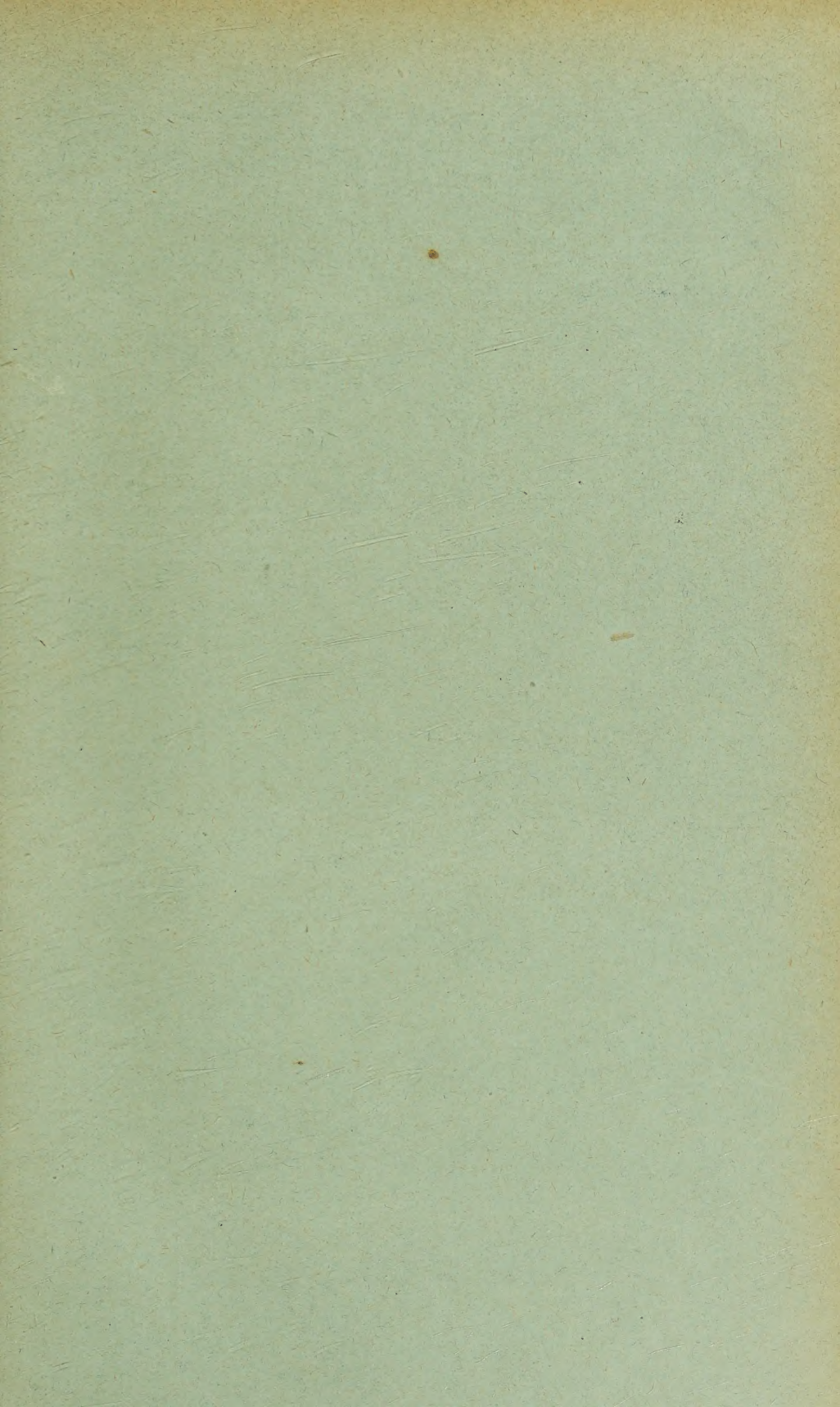
TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Tableau clinique de l'abcès pelvien.....	9
CHAP. II. — Traitement.....	13
CHAP. III. — Causes de l'abcès pelvien	15
OBSERVATIONS.....	17
CONCLUSIONS.....	25
BIBLIOGRAPHIE.....	27



Angoulême. — Imp. A. OLIVIER et C^{ie}





ANGOULÊME
—
IMPRIMERIE
A. OLIVIER & C^s
—
13, RUE D'ARCOLE